

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

и уменьшение просвета подкожных венозных сосудов.

В третьей группе пациенток применение многослойных компрессионных повязок (компрессионный рукав с дополнительным бинтованием конечности эластичным бинтом) позволило достоверно ($p < 0,05$) увеличить степень редукции отека на $89,3 \pm 6,2\%$ и $81,1 \pm 1,3\%$ при I и II степени отека по сравнению с женщинами второй группы. Достоверных различий при III степени отека не получено.

Выводы.

Применение оригинального компрессионного рукава позволило повысить эффективность консервативного реабилитационного лечения и увеличить процент редукции отека с $77,5 \pm 5,9\%$ до $83,2 \pm 7,1\%$ при I степени и с $49,7 \pm 6,1\%$ до $59,3 \pm 5,3\%$ при II степени лимфедемы.

Применение эластического бинтования в сочетании с компрессионным рукавом позволило потенцировать терапевтическое воздействие последнего

и уменьшить отек на $89,3 \pm 6,2\%$ и $81,1 \pm 1,3\%$ при I и II степени соответственно.

Литература:

1. Поляков, С.М. Злокачественные новообразования в Беларуси 1999–2008 / С.М. Поляков, Л.Ф. Левин, Н.Г. Шебеко; под ред. А.А. Граковича, И.В. Залуцкого. – Минск : БЕЛЦМТ, 2009. – 198 с.

2. Сдвижков, А.М. Реабилитация женщин после радикального лечения по поводу рака молочной железы / А.М. Сдвижков, В.И. Борисов, И.Д. Васильева // Применение высоких технологий в диагностике и лечении рака молочной железы : материалы Российской науч.-практ. конф., Москва, 16–17 ноября 2006 г. / МНИОИ им. П.А. Герцена ; редкол.: В.И. Чисов [и др.]. – М., 2006. – С. 83–84.

3. A new option for compression in the treatment of lymphedema in children / M. Artibale [et al.] // J. Vasc. Br. – 2005. – Vol. 4, № 3. – P. 311–313.

АНАЛИЗ БИОПСИЙНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Яцукович Е.А., Крылов Ю.В., Лесничая О.В.,
Щастный А.Т., Полонников А.В.**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Проблема патологии гепатопанкреатодуоденальной области по-прежнему продолжает сохранять свою актуальность и объясняет стремление исследователей к поиску новых более совершенных методов диагностики, так как именно диагностика является отправным моментом в определении подхода к выбору тактики лечения. В настоящее время в качестве одного из ведущих способов диагностики патологии данной области является патоморфологическое исследование [2].

За последние 30 лет отмечен двукратный рост числа пациентов с патологией поджелудочной железы. Кроме того, хронический панкреатит значительно «помолодел». Средний возраст на момент установления данного диагноза снизился с 50 до 39 лет, на 30% увеличилась доля женщин среди заболевших. К наиболее частым причинам развития панкреатита относятся злоупотребление алкоголем и желчнокаменная болезнь. [2].

В структуре всех заболеваний поджелудочной железы около 20% составляет рак. Статистика последних лет свидетельствует о неуклонном росте заболеваемости и смертности от рака поджелудочной железы. Наибольшее распространение он получил в индустриально развитых странах. Карцинома поджелудочной железы является третьей по частоте патологией среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта (10%). Она уступает только раку желудка и толстой кишки. В структуре причин

смерти онкологических больных рак поджелудочной железы занимает 4-е место [1,2].

Цель. Провести анализ качества биопсийной диагностики и изучить структуру патологии поджелудочной железы.

Материал и методы. Проведен анализ журналов учета биопсийного материала отдела общей патологии Витебского областного клинического патолого-анатомического бюро (ВОКПАБ) за 2007–2010 гг. и пересмотр гистологических препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином.

Результаты и обсуждение. За изученный период в биопсийном материале отдела общей патологии ВОКПАБ выявлено 216 случаев патологии поджелудочной железы. Возраст больных составил от 19 до 78 лет. Наиболее часто патология поджелудочной железы встречалась в возрастных группах старше 40 лет. При анализе структуры заболеваний поджелудочной железы, по поводу которых проводилось биопсийное исследование послеоперационного материала (таблица 1), было установлено, что наиболее частой причиной оперативного вмешательства является хронический индуративный панкреатит (147 случаев – 68%), который осложнился образованием свища или кисты, что и послужило показанием к оперативному лечению (соотношение мужчин и женщин составило 6 к 1).

Второй по частоте патологией является рак поджелудочной железы, который был представлен аденокарциномой (37 случаев – 17%) различной степени

Таблица 1. Гистологическая структура патологии поджелудочной железы

Гистологический диагноз	Количество случаев	%
1. Хронический панкреатит	147	68
2. Острый панкреатит	30	13,8
3. Аденокарцинома: в том числе	37	17
Цистаденокарцинома	1	
Низкодиф. мелкоацинарная карцинома	1	
4. Цистаденома	2	1,2

дифференцировки, в том числе 1 случае низкодифференцированной мелкоацинарной карциномы и 1 случае цистаденокарциномы (соотношение мужчин и женщин – 1,4 к 1).

В 30 случаях (13,8%) послеоперационный материал был представлен острым панкреатитом, который гистологически был верифицирован как панкреонекроз (соотношение мужчин и женщин – 1,4 к 1).

В 2 случаях (1,2%) наблюдения были представлены цистаденомой.

При анализе возраста больных с патологией поджелудочной железы было установлено, что хронический индуративный панкреатит наиболее часто встречается в возрастном периоде 40-49 лет (51 случай (35%)), острый панкреатит – 30-39 лет (11 случаев (37%)). Рак поджелудочной железы у пациентов до 40 лет в анализируемом материале не встречался, а наибольшее количество больных с данной патологией были в возрасте от 50 до 59 лет (18 случаев (49%)).

В 61 случае было проведено срочное гистологическое исследование. Поводом для его проведения послужили: хронический индуративный панкреатит (48 случаев), аденокарцинома (13 случаев). В большинстве наблюдений диагноз после проводки биоптатов подтвердил заключение срочного исследования (в 97%).

В 2 случаях (3%) наблюдалось расхождение диагнозов. Первый случай был представлен больным К., 59 лет. Диагноз при срочном биопсийном исследовании – хронический панкреатит, после проводки материала – умереннодифференцированная аденокарцинома. Во втором наблюдении больной О., 30 лет, при срочном гистологическом исследовании был поставлен диагноз лимфангиома, проводка материала показала наличие кистозной протоковой цистаденомы.

Расхождения клинического предоперационного

диагноза касались в большинстве случаев гипердиагностики рака поджелудочной железы, который при срочном гистологическом исследовании был верифицирован как хронический индуративный панкреатит (4 случая (1,85%)). В 2 наблюдениях хронический панкреатит гистологически был верифицирован как аденокарцинома, а в 1 случае – острый панкреатит как аденокарцинома.

Выводы.

Таким образом, гистологическое исследование послеоперационного материала является эффективным методом в верификации клинического диагноза, в том числе и при срочных исследованиях.

В структуре послеоперационного материала преобладают хронический панкреатит и рак поджелудочной железы, которые наиболее часто встречаются в возрастных группах пациентов 40-49 и 50-59 лет соответственно.

Расхождение клинического и гистологического диагнозов наблюдалось в 11 случаях (5%) и в большинстве наблюдений было связано с гипердиагностикой рака поджелудочной железы.

Расхождение гистологических диагнозов при срочном исследовании и после проводки материала наблюдалось в 2 случаях из 61 и не носило характера гипердиагностики.

Литература:

1. Пальцев, М.А. Атлас патологии опухолей человека / М.А. Пальцев, Н.М. Аничков // М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. - 424 с.
2. Токарь, С.П. Нелинейная компьютерная диагностика и проблема патологии гепатопанкреатодуоденальной области [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.cenunst.bsu.by/journal/2004.2/01.pdf> - Дата доступа: 23.11.11